

University of Groningen

Casemanagement voor mensen met een chronische ziekte

Wynia, Klaske; Nissen, J.; Hoekzema, E. J. ; de Keyser, Jacques

Published in:
Verpleegkunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Wynia, K., Nissen, J., Hoekzema, E. J., & de Keyser, J. (2006). Casemanagement voor mensen met een chronische ziekte: Kenmerken van een vraaggericht casemanagement model in een multidisciplinaire en transmurale setting. *Verpleegkunde*, 21(4), 242-253.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Casemanagement voor mensen met een chronische ziekte

Kenmerken van een vraaggericht casemanagement model in een multidisciplinaire en transmurale setting

Samenvatting

Probleem in de zorg voor (somatisch) chronisch zieken is dat niet één discipline of hulpverlener verantwoordelijk is voor zowel de somatische en psychosociale gezondheidsproblemen alsook voor de afstemming van het zorgaanbod. De problematiek is vaak uitgebreid en complex, het zorgaanbod versnipperd en gedifferentieerd. Casemanagement lijkt een organisatorische oplossing te bieden. DOEL Het ontwikkelen van een casemanagement model voor mensen met een chronische aandoening. METHODE Een explorerende en beschrijvende studie met kwalitatieve methoden zoals focusgroep methode, panelraadpleging en forumdiscussie. RESULTAAT Zorgvragers, hulpverleners en stafleden participeerden in de studie. Het model bestaande uit 26 uitgangspunten en kenmerken werd door 92% (n=58) van de panelleden als (zeer) wenselijk beoordeeld. Het casemanagement model voor chronisch zieken is te vergelijken met brokerage of patient advocacy model. Het kenmerkt zich door de invulling vanuit een vraaggerichte visie, de focus op zowel somatische als psychosociale problematiek en een discipline en instellingen overstijgende invulling. DISCUSSIE Onvoldoende overeenstemming werd bereikt voor de onderdelen over de (on)afhankelijke positie van de casemanager ten opzichte van organisaties en de mate waarin (in)formeel samengewerkt kan worden in de netwerken van hulpverleners. Verder onderzoek hiernaar is gewenst evenals onderzoek naar de effecten van casemanagement.

Trefwoorden: casemanagement, casemanagement model, diseasemanagement, chronisch zieken.

Inleiding

Het aantal mensen met een chronische ziekte is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Dit is mede te danken aan het terugdringen van infectieziekten, de verbetering van diagnostische en therapeutische mogelijkheden en de demografische vergrijzing van de bevolking. Er zullen meer chronisch zieken komen die

langer leven met hun ziekte. De behoefte aan zorg zal daarom in de komende jaren ook fors toenemen (Van den Bos, 2001). Chronisch zieken hebben min of meer continue, in tijd en intensiteit sterk wisselende behoeften aan zorg (Van den Bos, 1995). Ook laten zij een grote verscheidenheid aan zorgbehoeften zien. Kenmerkend voor de zorg aan chronisch zieken is de multidisciplinaire verscheiden-

* Drs K. Wynia is onderzoeker en docent sectie Zorgwetenschappen, disciplinegroep Gezondheidswetenschappen en beleidsmedewerker dagelijks bestuur afdeling Neurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen. Drs J.M. J.F. Nissen is Stafadviseur Transmurale zorg, Universitair Medisch Centrum Groningen. E.J. Hoekzema is Manager Zorg en Bedrijfsvoering, lid dagelijks bestuur afdeling Neurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen. Prof. Dr. J.H.A. De Keyser is Neuroloog en voorzitter dagelijks bestuur afdeling Neurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen. Contactgegevens: Drs K. Wynia, Sectie Zorgwetenschappen. Disciplinegroep Gezondheidswetenschappen. Universitair Medisch Centrum Groningen, Postbus 196, 9700AD Groningen. E-mail: k.wynia@med.umcg.nl. Telefoon: 050 363 3063

heid. De volgende voorzieningen uit de cure en care sector zijn daarbij betrokken: huisartsen en medisch specialisten, revalidatie, verpleegkundigen, verpleeghuizen, informele zorgverleners en patiëntengroepen (Post, 1999; Van den Bos, 2001). Door de door elkaar lopende, onoverzichtelijke indelingen van het zorgaanbod en de verschillende doelen en regels van de diverse hulpverleners, instellingen en instanties zien patiënten, zorgverleners en beleidsmakers vaak door de bomen het bos niet meer. Om de versplintering in het zorgaanbod tegen te gaan zoeken hulpverleners en hun managers naar mogelijkheden voor coördinatie ofwel naar coördinatiemechanismen. (Schrijvers, 2001)

Als mogelijke organisatiekundige oplossing voor de specifieke problematiek van chronisch zieken wordt casemanagement gezien. Casemanagement is een vorm van organisatieontwikkeling; het is een poging om ten dienste van de zorgvrager en diens zorgvragen gecoördineerd samen te werken (Hesser, 1991). Op het niveau van de zorgvrager is casemanagement synoniem voor: 'ervoor zorgdragen dat een hulpvrager de benodigde hulp en zorg krijgt, waarbij de manier waarop deze gegeven wordt ondersteunend, effectief en efficiënt is en de zorgvrager zo onafhankelijk mogelijk blijft' (Vugs, 1991). In de literatuur worden verschillende 'casemanagement modellen' onderscheiden. Deze zijn in te delen naar modellen gebaseerd op verschil in 1) intensiteit van het contact met de zorgvrager, 2) focus op het aandachtsgebied van de casemanager en 3) visie op zorg en op de zorgvrager. De eerste indeling komt in de literatuur het meest voor. De meest relevante voorbeelden van deze indeling zijn:

- het brokerage of patient advocacy model waarbij een speciaal daarvoor aangestelde hulpverlener vanuit een onafhankelijke positie en een organisatie overstijgende benadering een individueel zorgplan ontwikkelt voor elke zorgvrager, de zorgverlening coördineert en zich tot doel stelt de kwaliteit van zorg te verbeteren (Beardshaw & Towell, 1990; Zawadsky & Eng, 1988; Zwarenstein et al., 2000).
- het integrative case management model combineert casemanagement met zorgverlening. Zowel de uitvoering als de coördinatie van zorg vindt plaats door een team van

hulpverleners onder verantwoordelijkheid van een teamleider (Zwarenstein et al., 2002).

- het self-managed care model dat gericht is op empowerment van de zorgvrager door het zelfvertrouwen en de kennis te stimuleren waardoor de autonomie in het kiezen en coördineren van de noodzakelijke zorg toeneemt (Zwarenstein et al., 2000).

De indeling naar focus op het aandachtsgebied is van Hurley & Fennell (1990):

- het medical case management model dat zich alleen richt op de medische problematiek van de zorgvrager en op de medische zorgverlening. De casemanager is meestal een arts. Dit model wordt vooral aangetroffen in ziekenhuizen.
- het sociomedical model dat zich richt op zowel medische als niet medische problemen.

Rose (1992) maakt onderscheid op basis van visie op zorg en op de zorgvrager:

- Vraaggericht of zorgvragergericht casemanagement gaat uit van de zelfbeschikking van de zorgvrager en de aandacht voor het sociale netwerk.
- Bij aanbodgericht of instellingsgericht casemanagement maken instellingen onderling afspraken over zorg en behandelplannen.

In de praktijk worden bovenstaande modellen in verschillende vormen en in onderlinge combinaties aangetroffen. In de literatuur wordt casemanagement vooral beschreven voor de geestelijke gezondheidszorg (Marshall et al., 1998), in de zorg voor ouderen (Newcomer et al., 2004; Boulton et al., 2000; Bernabei, 1998) en voor een aantal somatische aandoeningen (Riegel et al., 2002; Vetter et al., 2004). In het laatste geval gaat het vooral om casemanagement uitgaande van een medische invalshoek voor chronische aandoeningen als chronisch hartfalen en diabetes met als doel kosten van de zorg te beperken (bijvoorbeeld door heropname te voorkomen). Hoewel casemanagement een oplossing lijkt voor de behoefte aan coördinatie in de zorg voor chronisch zieken, en ook meerdere modellen zijn beschreven in de literatuur, is niet duidelijk welk model of combinatie van modellen naar de mening van deskundigen het beste aan zal sluiten bij de specifieke medische én psychosociale problematiek van chronisch zieken die bij voorkeur thuis verblijven

en zorg ontvangen van hulpverleners van meerdere disciplines op verschillende locaties.

De vraag die in deze studie centraal staat is: Hoe zou een casemanagement model voor chronisch zieken in een multidisciplinaire en transmurale setting er uit moeten zien? Het doel van deze studie is te komen tot een beschrijving van de kenmerken van een casemanagement model voor chronisch zieken.

Methode

Vanwege het vernieuwende karakter van casemanagement voor chronische zieken zijn kwalitatieve onderzoeksmethoden toegepast en is het onderzoek explorerend en beschrijvend van aard. Het onderzoek vond plaats in het voorjaar van 2002 en bestond uit elkaar opvolgende fasen: 1. Focusgroep bijeenkomsten; 2. Eerste panelraadpleging (vragenlijst); 3. Tweede panelraadpleging (forumdiscussie); 4. Derde panelraadpleging (vragenlijst). Deze fasen worden hierna beschreven.

Fase 1: Focusgroep bijeenkomsten

De opdracht van de focusgroep was het ontwikkelen van een concept 'casemanagement model voor chronisch zieken'. Tijdens vier bijeenkomsten van twee uren discussieerden de leden van de focusgroep aan de hand van de volgende thema's die op basis van theoretische (literatuurstudie) en praktische (omvang van de onderwerpen) argumenten gekozen werden:

- 1 Welke visie en uitgangspunten liggen ten grondslag aan het te ontwikkelen model?
- 2 Wat is casemanagement en welke vorm van casemanagement is te plaatsen in de multidisciplinaire en transmurale zorg voor chronisch zieken?
- 3 Welke zorgvragers komen in aanmerking voor casemanagement en hoe ziet de functie van de casemanager eruit?
- 4 Hoe ziet het casemanagement proces eruit en wat zijn voorwaarden om casemanagement te realiseren?

De leden van de focusgroep bereidden zich op de thema's voor door het bestuderen van literatuur.

Belangrijke literatuur bronnen waren een leer-werkboek over casemanagement (Van

Riet & Wouters, 2002) en een literatuurstudie naar casemanagement (Prins, 2002). Beide bronnen geven een uitgebreide beschrijving van de (internationale) literatuur over casemanagement en casemanagement modellen. Besluiten over visie, uitgangspunten en kenmerken van het casemanagement model werden genomen op basis van consensus.

Leden van de focusgroep werden geselecteerd op basis van hun deskundigheid op het terrein van

- Zorgbehoeften van chronisch zieken.
- Organisatie van zorg, en dan vooral in een multidisciplinaire transmurale context.
- Casemanagement.

Potentiële deelnemers aan de focusgroep bijeenkomsten ontvingen informatie over de doelstelling, werkwijze tijdens het onderzoek en verwachte inspanning bij deelname. Na een bedenktijd van ongeveer twee weken werd de potentiële deelnemers gevraagd of ze bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. De focusgroep bestond uit zes deskundigen: twee nurse practitioners voor chronisch zieken met expertise voor zowel cure en care aspecten; een manager zorg van een klinische afdeling met veel chronisch zieken; een stafadviseur met aandachtsgebied transmurale zorg; een onderzoeker met specifieke expertise in de organisatie van zorg en een student Verplegingswetenschap.

De focusgroep bijeenkomsten werden geleid door één van de onderzoekers die zelf niet deelnam aan de discussie. De tweede onderzoeker maakte een verslag van de belangrijkste besluiten met de argumenten die tot de keuzes leidden. Deze verslagen werden voorgelegd aan de leden van de focusgroep (member check en face validity) en vastgesteld (Polit & Hungler, 1999).

Fase 2: Eerste panel raadpleging (vragenlijst)

Het concept model, voortkomend uit de focusgroep bijeenkomsten, werd in de vorm van een vragenlijst voorgelegd aan een panel van deskundigen. Doel was te komen tot consensus over (de onderdelen van) het concept model. De panelleden werd gevraagd een oordeel te geven over elk onderdeel van het casemanagement model afzonderlijk ('eens', 'oneens' of 'nog geen mening') en over de wenselijkheid van het casemanagement model als geheel ('zeer wenselijk', 'wenselijk', 'niet

wenselijk' of 'helemaal niet wenselijk'). Per onderdeel was ruimte om het oordeel toe te lichten. De gegevens van de panelraadpleging werden op kwantitatieve (beschrijvende statistiek) en kwalitatieve wijze (volledige teksten) beschreven en geïnterpreteerd. Er was sprake van consensus bij minimaal 80% overeenstemming onder de panelleden (Polit & Hungler, 1999). Bij minder dan 80% overeenstemming werd nagegaan hoe de meningen verdeeld waren tussen de groepen van deskundigen. Kwalitatieve gegevens dienden om inzicht in de individuele oordelen te krijgen en eventuele voorstellen voor aanpassing te formuleren. Analyse en interpretatie van de kwalitatieve data vond plaats door minimaal twee onafhankelijke onderzoekers. Daarbij werden de reacties per onderdeel bestudeerd en geordend. Beide onderzoekers bestudeerden de reacties en formuleerden een interpretatie. Vervolgens werden beide interpretaties vergeleken. Bij verschillen in interpretatie werd door discussie overeenstemming gezocht. Bij voortbestaande verschillen werd een derde onderzoeker geconsulteerd (Polit & Hungler, 1999, Cieza et al., 2002).

Het panel werd samengesteld op grond van deskundigheid op de terreinen 'zorgbehoeften van chronisch zieken' en 'organisatie van multidisciplinaire en transmurale samenwerking'. Deze deskundigen zijn in te delen in drie 'groepen':

- Ervaringsdeskundigen: mensen met een chronische aandoening die tevens bestuurslid zijn van een patiëntenvereniging.
- Hulpverleners uit verschillende disciplines: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, medisch specialisten, revalidatieartsen, huisartsen, verpleeghuisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en maatschappelijk werkers.
- Stafleden: zorgmanagers, beleidsmedewerkers, projectmedewerkers en onderzoekers.

Potentiële deelnemers werden geselecteerd op basis van hun deskundigheid op het terrein van zorgbehoeften van chronisch zieken en de organisatie van zorg voor deze doelgroep. Voor de ervaringsdeskundigen werd als extra criterium gesteld dat men in staat moest zijn om de ervaringen van een groep chronisch zieken te vertegenwoordigen. Om die reden werden vooral bestuursleden van patiëntenverenigingen benaderd. Potentiële

panelleden ontvingen informatie over de doelstelling en de methode van het onderzoek, de verwachtingen van de onderzoekers ten aanzien van hun deskundigheid en de geschatte inspanning bij deelname aan het onderzoek. Na een bedenktijd van ongeveer 2 weken werd (telefonisch of schriftelijk) de potentiële panelleden gevraagd of men bereid was deel te nemen aan het onderzoek. Na toezegging van deelname (informed consent) werd de vragenlijst voor de eerste panelraadpleging toegezonden.' In totaal zijn 149 deskundigen uit heel Nederland benaderd voor deelname: 22% (n=33) ervaringsdeskundigen, 46% (n=68) hulpverleners, en 32% (n=48) stafleden.

Fase 3: Tweede panel raadpleging (forumdiscussie)

Doelstelling van de forumdiscussie was het verhogen van de consensus over die onderdelen waarover in de panelraadpleging geen consensus was bereikt. Alle panelleden werden persoonlijk uitgenodigd. Vier deskundigen op het terrein van 'gevolgen van chronische aandoeningen' en 'organisatie van zorg' en 'casemanagement' werd gevraagd als forumleden op te treden en vanuit hun deskundigheid te reageren op de wenselijkheid en haalbaarheid van het voorgestelde model. Deze forumleden waren een beleidsmedewerker van een patiëntenvereniging, een accountmanager van een zorgverzekeraar, een universitair onderzoeker op het gebied van disease management en een deskundige op het gebied van casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens vond de discussie plaats over de onderdelen van het concept casemanagement model waarvoor nog geen consensus was bereikt. De discussie werd gevoerd door de panelleden, de forumleden en de leden van de focusgroep en werd opgenomen op geluidsband. De opnamen werden integraal uitgetypt en gebruikt bij de voorbereiding van de derde panelraadpleging.

Fase 4: Derde panel raadpleging (vragenlijst)

Aan de hand van de kwalitatieve data van de eerste en tweede panelraadpleging werden de onderdelen waarover geen consensus was bereikt bijgesteld. Deze aangepaste onderdelen werden opnieuw voorgelegd aan de panelleden. Doel was te komen tot consensus over

de laatste onderdelen van het concept casemanagement model. Ook nu betekende 80% overeenstemming onder de panelleden consensus. Het beoogde resultaat was het 'casemanagement model voor chronisch zieken' waarbij ervaringsdeskundigen, hulpverleners en stafleden consensus bereikt hebben voor alle onderdelen van het model.

Resultaten

Focusgroep

Als basis voor het te ontwikkelen model besloot de focusgroep uit te gaan van een combinatie van aspecten van vier modellen:

- Het organisatie en discipline overstijgende brokerage of patient advocacy model.
- Het sociomedical model, waarbij de focus verbreed werd met de psychische problematiek.
- Het vraaggerichte model waarbij de zelfbeschikking van de zorgvrager centraal staat.
- Het op empowerment en autonomie van de zorgvrager gerichte self-managed care model.

De kenmerken van deze modellen komen het meest tegemoet aan de problematiek van chronisch zieken (uitgangspunt 1, tabel 2) en de visie van de focusgroep op zorg (uitgangspunt 3, tabel 2) en de zorgvrager (uitgangspunt 5, tabel 2).

Een aantal andere besluiten van de focusgroep bepaalde de verdere uitwerking van het casemanagement model. Zo was de focusgroep van mening dat casemanagement nauw samenhangt met disease management (zie eindnoot). Voor het ontwikkelen van een individueel zorgplan maakt de casemanager gebruik van een disease management programma. Ook was de focusgroep van mening dat de casemanager naast directe functies (ten behoeve van de individuele zorgvrager) ook indirecte functies (Moxley, 1989) moet vervullen (ten behoeve van de groep zorgvragers). Een onderdeel van de indirecte functies kan zijn het ontwikkelen van (onderdelen van) een disease management programma.

De besluiten over de modellen en de overige besluiten dienden als basis voor de uitwerking van het concept 'Casemanagement model voor mensen met een chronische ziekte' (AZG, 2002) bestaande uit vijf uitgangspun-

ten (tabel 2) en 21 kenmerken (tabel 3). Elk onderdeel van het model werd uitgebreid beschreven en onderbouwd met literatuurverwijzingen, citaten en motivaties van de focusgroep.

Eerste panelraadpleging (vragenlijst)

Van de 149 benaderde experts was 45% (n=65) bereid de onderdelen van het casemanagement model te beoordelen. Hiervan was 25% (n=16) ervaringsdeskundige, 32% (n=21) hulpverlener, 9% (n=6) staflid. 34% (n=22) heeft de vragen naar de deskundigheid niet beantwoord (tabel 1).

Van de 65 geretourneerde lijsten zijn er 63 volledig ingevuld, d.w.z. dat men (bijna) alle onderdelen van het model beoordeeld heeft. Daar waar een enkele vraag niet beantwoord was is er vanuit gegaan dat men '(nog) geen mening' had. Op twee lijsten zijn alleen opmerkingen geplaatst bij de uitgangspunten en kenmerken zodat 63 lijsten in de kwantitatieve analyses opgenomen werden. Van alle 65 lijsten zijn de opmerkingen en toelichtingen letterlijk overgenomen in een verslag.

Op de vraag in hoeverre men het model als geheel als wenselijk beoordeelt reageerde het overgrote deel van het panel (92%) positief: 49% van de respondenten vond het 'zeer wenselijk' en 43 % 'wenselijk' dat het model gerealiseerd wordt. Drie procent van de respondenten vindt het 'niet wenselijk' dat het model gerealiseerd wordt en vijf procent heeft '(nog) geen mening'. Toelichtingen:

"Het model lijkt zeer gewenst omdat men na de diagnose dikwijls met veel vragen blijft zitten." (zorgvrager)

"Ik denk dat het erg belangrijk is dat er een coördinator naast de zorgvrager staat en samen bekijkt wat de behoeftes en belangen van de zorgvrager zijn en een overzicht heeft wat de mogelijkheden zijn. Vaak ziet de zorgvrager door de bomen het bos niet meer, of is onvoldoende op de hoogte van voorzieningen, of heeft het idee dat hij/zij er voor moet strijden." (hulpverlener).

"Ik denk dat een zorgvrager die goed mondig is, weet wat er aan de hand is, heel goed zijn eigen casemanager kan zijn. Uit eigen ervaring weet ik ook wel dat op momenten van zwakte en ik het allemaal even niet meer weet, het heel goed is dat iemand het dan juist even van jou overneemt." (zorgvrager)

Tabel 1 Deelnemers panelraadplegingen

	<i>Eerste Panelraadpleging % (n)</i>	<i>Tweede panelraadpleging % (n)</i>	<i>Tweede panelraadpleging % (n)</i>
Ervaringsdeskundigen:			
Zorgvragers en naasten	25 (16)	23 (15)	27 (18)
Hulpverleners:	32 (21)	36 (23)	51 (33)
– Ergotherapie / Fysiotherapie	5 (3)	11 (7)	14 (9)
– Maatschappelijk werk	6 (4)	6 (4)	5 (3)
– Medisch specialisten	6 (4)	3 (2)	14 (9)
– Verpleegkundigen	16 (10)	16 (10)	15 (10)
Stafleden:			
Zorgmanagers, beleidsmedewerkers, projectmedewerkers en onderzoekers	9 (6)	42 (27)	23 (15)
Onbekend	34 (22)	–	–
Totaal	100 (65)	101* (64)	101* (66)

* totaal percentage hoger dan 100% door afronding van decimalen.

Uit de beschrijving van de kwantitatieve gegevens blijkt dat voor de vijf uitgangspunten consensus bestaat (tabel 2). Dit geldt ook voor twaalf van de 21 kenmerken (tabel 3). Op basis van eenduidige opmerkingen van de respondenten kon kenmerk 8 (frequentie van de screening, overeenstemming 67%) aangepast worden. Kenmerk 10a (zorgaanbod beschreven in een disease management programma, overeenstemming 75%) kon gehandhaafd worden, omdat het gebrek aan consensus voortkwam uit onbekendheid met de term disease management. De overige kenmerken zijn discussiepunten voor de forumdiscussie.

Tweede panelraadpleging (forumdiscussie)

Aan de forumdiscussie namen panelleden (n=54), de forumleden (n=4) en leden van de focusgroep (n=6) deel: 23% (n=15) van de deelnemers was ervaringsdeskundige, 36% (n=23) was hulpverlener en 42% (n=27) staf-lid. De vier forumleden ondersteunden in een korte inleiding het 'Casemanagement model voor chronisch zieken'.

Nadat de resultaten van de eerste panelraadpleging waren gepresenteerd werd gediscussieerd over de acht onderdelen van het model waarover geen consensus was bereikt. Deze

punten waren samengevat in vier discussiepunten en werden, voorafgaand aan de discussie, samen met de kwalitatieve gegevens van de eerste panelraadpleging gepresenteerd. De discussiepunten betroffen:

- 1 Welke zorgvrager komt wanneer in aanmerking voor casemanagement? (kenmerk 3).
- 2 De (on)afhankelijkheid van de casemanager ten opzichte van de zorgvrager en organisaties (kenmerk 2).
- 3 Wie is geschikt voor de rol van casemanager? (kenmerken 6).
- 4 In welke mate moet multidisciplinaire en transmurale samenwerking formeel of informeel plaats vinden? (kenmerken 13 en 16).

Alle discussiepunten kwamen tijdens de levendige discussie tussen alle betrokkenen aan bod.

Aanpassen van het model

Op basis van de kwalitatieve gegevens van de eerste panelraadpleging en de forumdiscussie werden voorstellen voor aanpassing van onderdelen van het model geformuleerd.

Kenmerk 2. De casemanager heeft een onafhankelijke positie ten opzichte van organisaties en van de zorgvrager. (overeenstemming 54%)

Een onderscheid wordt gemaakt tussen organisaties en zorgvrager:

De casemanager neemt ten opzichte van de zorgvrager een afhankelijke positie in.

“Bij een aangegane relatie past ook een prestatieverplichting met betalingsovereenkomst: De casemanager kan dus ook ontslagen worden door de zorgvrager!!”

Ten opzichte van de organisatie zou een onafhankelijke positie van de casemanager moeten voorkómen dat de belangen van de organisatie(s) teveel invloed op de inhoud van het zorgplan hebben.

“Opereert de casemanager vanuit een instelling (de betalende partij) dan spelen er mogelijk onduidelijke belangen mee.”

Kenmerk 2 wordt opgesplitst in twee kenmerken: de kenmerken 2a en 2b.

Kenmerk 3. Alle mensen met een chronische aandoening komen in aanmerking voor casemanagement vanaf het moment van het stellen van de diagnose (overeenstemming 68%). Benadrukt werd dat de zorgvrager zelf moet beslissen of hij/zij gebruik wil maken van casemanagement. Deze aanvulling wordt toegevoegd aan het kenmerk.

Kenmerk 6. Wie kan de rol van casemanager vervullen?

Dit kenmerk was in het eerste conceptmodel uitgewerkt in drie onderdelen:

6a: In principe kan iedere discipline de rol van casemanager op zich nemen. (overeenstemming 52%)

6b: De verpleegkundige functie is (met name) geschikt voor de rol van casemanager. (overeenstemming 60%)

6c: De rol van casemanager wordt (met name) uitgevoerd door professionals. Niet-professionals zijn hier vooralsnog minder geschikt voor gezien de vereiste kwaliteiten. (overeenstemming 76%)

Dit kenmerk leidde tot veel discussie. Uiteindelijk leek de stelling dat het vooral van belang is dat de casemanager voldoet aan de kwaliteiten voor een casemanager (kenmerk 5, 98% overeenstemming) brede steun te vinden. Vooralsnog lijkt deze rol, gezien de gestelde eisen, alleen haalbaar voor professionele hulpverleners. De drie onderdelen worden vervangen door één kenmerk.

Kenmerk 13 Multidisciplinaire en transmurale samenwerking bij het realiseren van het individuele zorgplan vindt vooral plaats in in-

formele netwerken (overeenstemming 62%) én kenmerk 16 Het bewaken van de voortgang van de uitvoering van het zorgplan vindt zoveel mogelijk informeel plaats (overeenstemming 68%).

De discussie bij beide kenmerken richt zich op de mate waarin samenwerking en bewaking van de voortgang formeel óf informeel moeten plaatsvinden.

“Zoals het er staat klinkt het mij te verblijvend.”

“Het gaat ook om betrouwbare afspraken. Het karakter van informeel klinkt minder betrouwbaar. Ik ben meer voor het begrip consensus maar wel geformaliseerd.”

“Informeel netwerken zijn wel belangrijk, maar streven naar formaliseren, anders blijft het ad hoc en afhankelijk van personen.”

“Het bewaken moet op alle aspecten formeel zijn. De casemanager is de belangenbehartiger van de zorgvrager.”

Beide kenmerken worden aangepast waarbij aangegeven wordt welke aspecten in elk geval formeel geregeld moeten worden.

Derde panelraadpleging (vragenlijst)

Deze keer werden, naast rapportage over de resultaten van de eerste panelraadpleging en de forumdiscussie, de aangepaste kenmerken ter beoordeling voorgelegd. In totaal retourneerde 44% (n=66) van de 149 deskundigen hun oordeel: 27% (n=18) ervaringsdeskundigen, 51% (n=33) hulpverleners en 23% (n=15) stafleden (tabel 1).

Voor vier (2b, 3, 6a en 13b) van de acht aangepaste kenmerken werd consensus bereikt. Deze onderdelen werden ongewijzigd opgenomen in het uiteindelijke model (tabel 3).

Voor twee kenmerken werd net geen consensus bereikt:

- kenmerk 2a: de professioneel onafhankelijke positie van de casemanager ten opzichte van organisaties (overeenstemming 76%). Vooral de hulpverleners (21%) waren het niet met dit kenmerk eens.
- kenmerk 13a: samenwerking vindt vooral plaats in formele netwerken (overeenstemming 79%). Met dit kenmerk waren vooral de zorgvragers (26%) en de stafleden (21%) het niet eens.

De overeenstemming is laag (68%) voor kenmerk 16: het bewaken van de voortgang van de uitvoering van het zorgplan vindt zoveel

Tabel 2 Uitgangspunten van het casemanagement model*. Eerste panelraadpleging (n=63).

Uitgangspunten		Eens	Oneens	(nog) geen mening
1	Probleemschets: – De hulpvragen van mensen met een chronisch ziekte zijn divers (cure en care), bovendien moet men leren omgaan met de (gevolgen van de) ziekte. – Het zorgaanbod is eveneens divers, versnipperd en vaak slecht toegankelijk. – Niet één hulpverlener is verantwoordelijk voor de totale hulpvraag en het gehele aanbod.	94% 84% 86%	3% 10% 5%	3% 6% 10%
2	Vraagstelling: Kan casemanagement bijdragen aan: de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon op het juiste moment?	87%	5%	8%
3	Definitie: Casemanagement kan er voor zorgdragen dat een zorgvrager de benodigde hulp en zorg krijgt, en wel zo dat de manier waarop, ondersteunend, effectief en efficiënt is, zodat de zorgvrager zo onafhankelijk mogelijk blijft functioneren (Vugs, 1991).	89%	3%	8%
4	Visie op zorg: Niet het aanbod, de methode, de discipline of de instelling staat centraal, maar de vraag van de zorgvrager.	92%	3%	5%
5	Visie op de zorgvrager: De zorgvrager wordt gezien als een handelend persoon en is maximaal betrokken bij het casemanagement proces.	95%	3%	2%

* Vermeld zijn de onderwerpen waarvoor consensus bereikt is.

Tabel 3 Kenmerken van het casemanagement model* na eerste panelraadpleging (n=63) en tweede panelraadpleging (n=66)

Kenmerken		Eens	Oneens	(nog) geen mening
1	De relatie tussen casemanager en zorgvrager is een samenwerkingsrelatie.	87%	8%	5%
2a	De casemanager heeft een professioneel onafhankelijke positie ten opzichte van organisaties dwz dat de casemanager tav het formuleren van het zorgaanbod niet gebonden is aan afspraken met een zorgaanbieder of zorgbemiddelaar. (geen consensus)	76%	15%	9%
2b	De casemanager heeft een afhankelijke positie ten opzichte van de zorgvrager, in die zin dat de casemanager complementair is aan de zorgvrager, en dat de zorgvrager vrij is in het aangaan, continueren dan wel beëindigen van een samenwerkingsrelatie.	82%	12%	6%
3	Alle mensen met een chronische aandoening komen in aanmerking voor casemanagement vanaf het moment van het stellen van de diagnose. De zorgvrager bepaalt zelf of hij of zij gebruik wil maken van deze mogelijkheid.	91%	6%	3%
4	De casemanager heeft, naast directe functies ook indirecte functies.	86%	3%	11%
5	De casemanager dient te beschikken over specifieke kennis over het ziektebeeld en de gevolgen van de ziekte, over kennis van het totale zorgaanbod, over een netwerk van hulpverleners en over (veel) mensenkennis. Ook moet de casemanager in staat zijn complexe processen te managen.	98%	2%	–
6	In principe kan iedere discipline de rol van casemanager op zich nemen wanneer deze aan de kwaliteitseisen, zoals beschreven in kenmerk 5, voldoet.	82%	9%	9%

Casemanagement voor mensen met een chronische ziekte

	<i>Kenmerken</i>	<i>Eens</i>	<i>Oneens</i>	<i>(nog) geen mening</i>
7	De basisfuncties van het casemanagement proces bestaan uit gegevensverzameling, zorgplan opstellen, samenwerken, voortgang bewaken en evaluatie.	89%	5%	6%
8	Gegevensverzameling van de gezondheidstoestand (medische aspecten en gevolgen van de ziekte), gezondheidsbeleving en zorgbehoeften vindt minimaal één maal per jaar plaats. (geen consensus). Aanvulling: Indien nodig en/of wenselijk kan, in overleg met de zorgvrager, van deze frequentie afgeweken worden.	67%	19%	14%
9	Gegevensverzameling heeft tot doel zorgbehoeften vast te stellen (en niet het stellen van de diagnose) en het zorgaanbod te kiezen.	86%	10%	5%
10a	Het totale zorgaanbod is beschreven in een (nog te ontwikkelen) generiek en ziektespecifiek disease management (DM) programma. (geen consensus; begrip DM toegelicht)	75%	3%	22%
10b	Dit programma is zoveel mogelijk gebaseerd op resultaten van onderzoek.	81%	6%	13%
10c	Hulpverleners en zorgvragers worden zoveel mogelijk bij de ontwikkeling van ziektespecifieke programma's betrokken.	91%	2%	8%
11	Het individuele zorgplan is het resultaat van overleg tussen zorgvrager en casemanager nadat alle mogelijkheden afgewogen zijn.	92%	5%	3%
12	De rol van het sociale netwerk maakt deel uit van het individuele zorgplan.	91%	3%	6%
13a	Multidisciplinaire en transmurale samenwerking bij het realiseren van het individuele zorgplan vindt vooral plaats in formele netwerken. Dat wil zeggen dat er formele afspraken over de vorm en inhoud van de samenwerking gemaakt zijn. (geen consensus)	79%	8%	14%
13b	Formele elementen van de multidisciplinaire en transmurale samenwerking zijn de jaarlijkse screening (kenmerk 14), het zorgplan (kenmerk 17), de verwijzingen door de casemanager naar de hulpverleners en de terugrapportage van de hulpverleners aan de casemanager.	86%	3%	11%
14	De hulpverleners voeren het zorgplan uit vanuit de optiek dat de belangen en behoeften van de zorgvrager (en niet die van de instelling of beroepsgroep) centraal staan.	94%	3%	6%
15	De casemanager stuurt de uitvoering van het individuele zorgplan aan.	81%	10%	10%
16	Het bewaken van de voortgang van de uitvoering van het zorgplan vindt zoveel mogelijk informeel plaats. (geen consensus)	68%	15%	17%
17	De casemanager evalueert de resultaten van het zorgplan en de wijze waarop deze tot stand gekomen zijn.	91%	5%	5%

* Vermeld zijn de onderwerpen waarvoor consensus bereikt is, of net geen consensus bereikt is.

mogelijk informeel plaats op basis van formele afspraken. Zowel de stafleden als de hulpverleners waren het hier niet mee eens. Deze kenmerken werden eveneens ongewijzigd opgenomen in het uiteindelijke model onder vermelding dat geen consensus is bereikt.

De verdeeldheid is groot over kenmerk 6c: de rol van casemanager zal vooral uitgevoerd worden door professionals in de gezondheidszorg (36% eens, 40% oneens en 24% geen mening). Dit kenmerk werd niet opgenomen in het model.

Het uiteindelijke 'Casemanagement model voor chronisch zieken' (Wynia, 2002) bestaat

uit vijf uitgangspunten en 21 kenmerken. Twee kenmerken (8 en 10a) zijn op grond van de kwalitatieve data aangepast en niet opnieuw voorgelegd aan het panel. Voor de overige drie kenmerken (2a, 13a en 16) werd (net) geen consensus bereikt tussen ervaringsdeskundigen, hulpverleners en stafleden.

Discussie

Doel van deze studie was te komen tot een beschrijving van een casemanagement model voor mensen met een chronische aandoening.

Aanleidingen waren, kort samengevat, de complexiteit van zowel de zorgbehoeften van mensen met een chronische aandoening als de diversiteit en complexiteit van het zorgaanbod: er bestaat behoefte aan coördinatie. Het model dat deze studie opleverde wil een antwoord geven op deze behoefte en is het beste te typeren als: een 'makelaarsmodel' gebaseerd op een vraaggerichte visie met de focus gericht op zowel somatische als psychosociale gezondheidsproblemen en met als uitgangspunt het handhaven of vergroten van de autonomie van de zorgvrager. Voor zover bekend is dit het eerste model dat aan deze combinatie van kenmerken voldoet en bedoeld is voor mensen met een somatisch chronische aandoening. Casemanagement in dit model kan, omdat het direct gerelateerd is aan de zorgvrager en zijn gezondheidsproblemen, gezien worden als een instelling en discipline overstijgende organisatievorm. De periode waarover casemanagement zich kan uitstrekken is onbeperkt en start na het stellen van de diagnose.

Het uiteindelijke 'casemanagement model voor chronisch zieken' bestaat uit 26 onderdelen: vijf uitgangspunten en 21 kenmerken. Het model als geheel werd gesteund door vrijwel het volledige panel (92%, n=63) dat bestond uit ervaringsdeskundigen, hulpverleners en stafleden. Voor 21 onderdelen bestaat consensus en voor vijf kenmerken werd (net) geen consensus bereikt.

Ten aanzien van de methode van onderzoek kan een aantal kanttekeningen geplaatst worden. Als sterk punt werd de betrokkenheid van een groot aantal deskundigen met uiteenlopende achtergrond ervaren. Voor zover wij weten is de participatie van zowel ervaringsdeskundigen als hulpverleners en stafleden bij het ontwikkelen van een organisatorisch model nog niet eerder toegepast en beschreven. De schriftelijke panelraadplegingen gaven de deskundigen de gelegenheid, onafhankelijk van elkaar hun oordeel te formuleren over de onderdelen van het model. Tijdens de forumdiscussie werden meningen en ervaringen uitgewisseld. De deelnemers waardeerden de deelname van zowel ervaringsdeskundigen, hulpverleners als stafmedewerkers als uniek en verrijkend. Ook een aantal kritische opmerkingen is op zijn plaats. Zo was het beter geweest wanneer ook zorgvragers en hulp-

verleners van meerdere disciplines waren toegevoegd aan de focusgroep. Ook was het beter geweest wanneer de twee kenmerken (8 en 10a), die na de eerste panelraadpleging bijgesteld werden, in de tweede panelraadpleging opnieuw voorgelegd waren aan de panelleden om alsnog consensus te bereiken.

De mate waarin formeel of informeel samen gewerkt moet worden tussen de casemanager en de hulpverleners in het netwerk bleef punt van discussie gezien het niet bereiken van consensus voor de kenmerken 13a en 16. De periode van deze studie was hiervoor te kort. Bij een verdere uitwerking of realisatie van het model is de samenwerking van de casemanager met andere professionals een belangrijk aandachtspunt: Welke ruimte blijft er voor de eigen professionele autonomie van deze professionals? Direct daaraan gekoppeld is de vraag over welke bevoegdheden een casemanager moet beschikken om de rol van casemanagement uit te kunnen voeren. Een aantal onderdelen van het model zal bij verdere realisatie verder geconcretiseerd en onderzocht moeten worden. Bijvoorbeeld: Welke vormen van contact (huisbezoek, polikliniek bezoek, telefonisch overleg) zijn op welk moment wenselijk? Wat is de caseload van een casemanager? Wat is de fysieke en organisatorische plaats van de casemanager: ziekenhuis, huisartsenpraktijk of vrije vestiging? Tot slot blijft ook een belangrijke vraag wie de casemanager financiert. Omdat het casemanagement proces instellingonafhankelijk is, is onduidelijk welke organisatie de casemanager moet opleiden en financieren. De zorgverzekeraar of de zorgvrager zijn opties die voor de hand liggen. Vraag blijft echter wat kosten en baten zijn van casemanagement. Een antwoord hierop kan wellicht gegeven worden door een review van eerder onderzoek en door experimenteel onderzoek.

Met dank aan

Veel dank zijn de auteurs verschuldigd aan de overige leden van de projectgroep casemanagement (2002): Isaac Bos, Marco Heerings, Marie Louise Luttik en Elsbeth Prins en aan de panelleden en de forumleden. Tot slot danken wij Erik Jansen en Han de Ruiter voor hun kritische reacties op de conceptversies

van dit artikel.

Noot: Disease management

- 1 Disease management is een programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen voor het gehele behandelcontinuüm (van preventie tot en met reïntegratie) door het gebruik van managementinstrumenten (o.a. evidence based richtlijnen, informatie management, verzekeringsstelsel en kwaliteitssystemen) met als doel de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te bevorderen (Zitter, 1997; Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1997; Van Merode et al., 1999; Spreeuwenberg, 2005).

Literatuur

- AZG Concept: 'Contouren van een casemanagement model voor mensen met een chronische ziekte' Projectgroep 'Multidisciplinaire en Transmurale zorg voor chronisch neurologisch zieken'. Groningen: Academisch Ziekenhuis Groningen; maart 2002. Interne publicatie.
- Beardshaw V, Towell D. *Assessment and Case Management: Implications for the Implementation of 'Caring for People'*. King's Fund Briefing Paper 10. London: King's Fund; 1990.
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomized Trial of impact of Model of Integrated Care and Case Management for older people living in the Community. *British Medical Journal* 1998; May 2; 316 (7141): 1348-1351.
- Bos GAM van den. Multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken. In Spreeuwenberg C, et al., red. *Met het oog op autonomie. Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken*. Assen: van Gorcum; 1995; 173-178.
- Bos GAM van den, Hoeymans N. Chronische aandoeningen, kwaliteit van leven en zorg. In Bos GAM van den, red. *Chronisch zieken en gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2001; 13-30.
- Boult C, Rassen J, Rassen A, Moore RJ, Robinson S. The effect of casemanagement on the costs on health care for enrollees in Medicare Plus Choice Plans: a randomized Trial. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2000; 48 (8): 996-1001.
- Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, Berdihan Ustun T, Stucki G. Linking health status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*; 2002; 34: 205-210.
- Hesser KEH. Casemanagement: enkele inleidende notities. In Nijnatten CHCJ van, red. *Casemanagement in de jeugd hulpverlening*; 1991.
- Hurley RE, Fennell ML. 'Managed Care Systems as Governance Structures: A Transaction-Cost Interpretation.' In Mick SS et al., eds. *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990; 241-268.
- Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD000050. DOI: 10.1002/14651858.CD000050.
- Newcomer R, Maravilla V, Faculjac P, Graves MT. Outcomes of preventive casemanagement among High-Risk Elderly in three Medical groups: a Randomized Clinical trial. *Eval. Health Prof* 2004; 27(4): 323-348.
- Merode FG van, Zanden AM van der, Brugman PTM, Spreeuwenberg C. *Disease management on both sides of the Dutch-German border*. Paper for the 1st Scientific Euregional Conference; 1999.
- Moxley DP. *The practice of case management*. Sage Human Services Guide 58. California: Sage Publications Inc.; 1989.
- Polit DF, Hungler PB. *Nursing Research Principles and Methods*. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott; 1999.
- Post D. De zorgverzekeraar en de chronisch zieke; medespelers of tegenstanders? In GAM van den Bos, red: *Chronisch ziekenbeleid in de jaren negentig. Nationale commissie Chronisch Zieken (NCCZ)*. Utrecht: Uitgeverij SWP; 1999; 173-194.
- Prins E. *Casemanagement en samenwerkingsafspraken, een literatuurstudie*. Rijksuniversiteit Groningen / Universiteit Maastricht; 2002.
- Riegel B, Carlson B, Kopp Z, LePetri B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized Nurse Case-Management telephone intervention of resource use in patients with Chronic Heart Failure. *Arch.Intern.Med.* 2002; 162(6): 705-712.
- Riet N van, Wouters H. *Casemanagement. Een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum; 2000.
- Rose SM. *Case management @ Social Work Practice*. New York: Longman; 1992.
- Schrijvers AJP. Het aanbod van zorg en de coördinatie daarvan. In Schrijvers AJP, red. *Een kathedraal van zorg. Een inleiding over het functioneren van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2001; 41-52.
- Spreeuwenberg C. Tien kenmerken voor een ideaal disease management programma. In Schrijvers AJP et al., red. *Disease management in de Nederlandse context*. Utrecht: Igitur Publishing; 2005; 9-24.
- Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Managed Care en Disease Management in Nederland*. Zoetermeer: STG. Pag. VII-X; 1997; 1-18.
- Vetter MJ, Bristow L, Arens J. A model for home

- care clinician and home health aid collaboration: Diabetes Care by nurse Case Managers and community Health Workers. *Home Healthcare Nurse* 2004; 22(9): 645-648.
- Vugs. Bron onbekend. In Riet N van, Wouters H, red. *Casemanagement. Een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum; 2000.
- Wynia K. *Contouren van het 'Casemanagement model voor mensen met een chronische ziekte'*. Interne publicatie. Groningen: Academisch Ziekenhuis Groningen; augustus 2002.
- Zawadsky RT, Eng C. Case Management in Capital Long-term Care. *Health Care Finance Review*, Annual Supplement; 1988; 75-81.
- Zwarenstein M, Stephenson B, Johnston L. Case management: effects on professional practice and health care outcomes. (Protocol) *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD002797. DOI: 10.1002/14651858.CD002797.
- Zitter M A. New Paradigm in Health Care Delivery: Disease Management. In Todd WE, Nash D, eds. *Disease management, A systems approach to improving Patients outcomes*. San Francisco: Jossey-Bass books; 1997; 1-26.

Summary

Casemanagement for people with a chronic illness. Characteristics of a patient-centred multidisciplinary casemanagement model for people living in the community.

It is a problem, in the care for people with a (somatic) chronic disease, that not one discipline is responsible for the total of somatic and psychosocial health problems as well as for the balance in the supply of care. The nature of the problems often is extensive and complex; the supply of care often is disintegrated and differentiated. Case management seems to offer an organisational resolution. AIM The development of a case management model for the chronically ill. METHOD Qualitative methods like focus group method, panel consultations and forum group discussion were used in this explorative and describing study. RESULT Patients, care providers and management members participated. The model, comprising 26 basic assumptions and characteristics, was evaluated as (very) advisable by 92% (n=58) of the participants. CONCLUSION The case management model for the chronically ill is similar to the brokerage or patient advocacy models but stands out because of the patient centered vision, the focus on the somatic as well as the psychosocial problems and realization beyond the discipline and organization structures. DISCUSSION Unsatisfactory agreement was attained for the characteristics concerning the case managers (in)dependency on an organization and the degree of (in)formal collaboration in the network of care providers. Further research on this is required as well as on the effects of case management.

Keywords: case management, case management model, disease management, chronically ill.